

サービス提供証明書

公費負担者番号																				
公費受給者番号																				

令和		年		月分		
保険者番号	1	4	2	0	6	7

被 保 険 者	被保険者番号	0	0	0																	
	(フリガナ)																				
	氏名																				
	生年月日	1. 明治	2. 大正	3. 昭和	性別	1. 男	2. 女	年	月	日											
	要介護状態区分	要介護 1・2 3・4・5																			
認定有効期間	令和		年		月		日	から	令和		年		月		日	まで					

請 求 事 業 者	事業所番号	1	4																		
	事業所名称																				
	所在地	〒																			
	連絡先(電話)																				

居宅サービス計画	1. 居宅支援事業者作成	2. 被保険者自己作成																	
	事業所番号	1	4																
	事業所名称																		

開始年月日	令和		年		月		日	中止年月日	令和		年		月		日				
中止理由	1. 非該当 3. 医療機関入院 4. 死亡 5. その他 6. 介護老人福祉施設入所 7. 介護老人保健施設入所 8. 介護療養型医療施設入院 9. 介護医療院入所																		

給 付 費 明 細 欄	サービス内容	サービスコード	単位数	回数	サービス単位数	公費回数	公費対象単位数	摘要	

費 対 象 者 に 関 し た 特 別 給 付 例	サービス内容	サービスコード	単位数	回数	サービス単位数	公費回数	公費対象単位数	施設所在地	保険者番号	摘要	

請 求 額 集 計 欄	①サービス種類コード/名称									
	③サービス実日数	日		日		日				
	④計画単位数									
	⑤限度額管理対象単位数									
	⑥限度額管理対象外単位数									給付率(/100)
	⑦給付単位数(④⑤のうち少ない数+⑥)									保 険
	⑧公費分単位数									公 費
	⑨単位数単価		円/単位			円/単位			円/単位	合 計
	⑩保険請求額									
	⑪利用者負担額									
	⑫公費請求額									
	⑬公費分本人負担									

社会福祉法人等による軽減欄	軽減率		%	受領すべき利用者負担の総額(円)	軽減額(円)	軽減後利用者負担額(円)	備考